DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS 50

CHEZ

L'ADULTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mars 1888

PAR

ARISTIDE JOURNIAC

Né à Saint-Paul-de-Fenouillet (Pyrénées-Orientales), le 8 décembre 1863.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

De la *Revue populaire de Médecine et de Pharmacie*

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	N....
Clinique des maladies mentales et nerveuses		CAVALIER (✻).
Physique médicale		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie		JAUMES.
Clinique chirurgicale		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène		BERTIN-SANS.
Pathologie interne		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale		PLANCHON (✻ ✻).
Physiologie		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Anatomie (Chargé du cours)		GILIS.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (C. ✻ ✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards		MOSSÉ (✻).
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CHALOT, *président.*
JAUMES, *professeur.*
TRUC, *agrégé.*
GERBAUD, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire de ma Mère

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A. JOURNIAC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALOT

A Monsieur le Professeur-Agrégé TRUC

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A Monsieur le Professeur-Agrégé MOSSÉ

Chevalier de la Légion d'honneur

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE DES VIEILLARDS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. JOURNIAC.

INTRODUCTION — HISTORIQUE ET PLAN

L'ophtalmie des nouveau-nés est éminemment contagieuse. En passant à l'adulte, elle conserve ses caractères primordiaux, mais prend, en outre, un cachet un peu spécial et affecte certaines allures qu'elle n'a pas chez l'enfant. C'est ainsi que les symptômes acquièrent plus vite une intensité plus grande et que les altérations anatomiques sont plus rapidement profondes. Le pronostic en est par suite assombri et la thérapeutique peut en être modifiée.

Le fait est connu ; cette notion est consignée dans les classiques, et cependant peu d'auteurs s'en sont occupés spécialement ; les travaux parus sur la matière sont rares ; à peine trouve-t-on çà et là quelques idées éparses dans les traités.

Nous n'avons guère en effet que Galezowski (*Traité des maladies des yeux — Gazette des hôpitaux*, 29 avril 1882) qui, après avoir fait ressortir l'intensité plus grande des symptômes et le degré de gravité plus considérable de cette affection transmise à l'adulte, ait essayé d'en donner une explication.

M. Fouilloud-Buyat (Th. de Paris, 1875) n'a fait qu'effleurer la question.

Tout récemment encore M. Renaut a fait sur ce sujet une communication (*Province médicale,* 4 février 1888, Académie de médecine de Lyon, 1er février 1888).

Nous appuyant sur quelques observations personnelles et sur certaines autres, recueillies dans les rares publications faites à ce sujet, nous exposerons les modifications que subit en changeant de terrain l'ophtalmie des nouveau-nés ; nous insisterons, dans une étude d'ensemble, sur les particularités qu'elle présente dans sa symptomatologie, ses lésions anatomiques, son pronostic et son traitement. Le titre que nous avons choisi est d'ailleurs très significatif.

Nous avons divisé notre étude en cinq chapitres.

Le premier sera consacré aux considérations étiologiques et pathogéniques.

Nous ferons ensuite un exposé rapide des symptômes en insistant surtout sur ceux qui sont particuliers au terrain sur lequel se développe la maladie.

Le troisième comprendra l'examen très rapide du diagnostic.

Le quatrième chapitre sera consacré à l'étude du pronostic, de la marche et de la terminaison.

Nous parlerons enfin du traitement et nous donnerons nos conclusions.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Chalot, l'hommage de notre plus vive gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse, pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés dans ce travail, et la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Que M. le professeur Kiener veuille bien agréer l'expression de nos plus vifs remerciements pour nous avoir autorisé à publier les résultats de ses recherches microscopiques sur le segment antérieur de l'œil enlevé à la malade qui fait l'objet de notre principale observation.

Nous remercions également M. le professeur-agrégé Truc, à qui nous devons la première idée de ce travail, pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués.

Nous sommes heureux de témoigner à M. le professeur-agrégé Mossé notre profonde reconnaissance pour les marques d'amitié et les bons conseils qu'il n'a cessé de nous donner durant le cours de nos études.

DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS

CHEZ L'ADULTE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Dans la production de l'ophtalmie des nouveau-nés transmise à l'adulte, nous passerons rapidement en revue les causes qu'on attribue à toutes les maladies, nous proposant d'insister plus longtemps sur celles qui sont à la fois plus scientifiques et plus récentes : je veux parler des causes déterminantes.

Toutes les personnes qui, par leur profession (médecins, aides, sages-femmes, infirmières des maternités) seront en rapport avec des enfants atteints d'ophtalmie des nouveau-nés seront plus exposées à contracter cette terrible affection.

Ceci s'appliquera encore à une nourrice, à une mère dont l'enfant sera contaminé. Si nous nous en rapportons aux sept observations que nous avons pu recueillir, nous voyons que cinq cas s'adressent à la profession, les deux autres aux relations de famille. Sans y insister davantage, nous rangerons,

au nombre des causes prédisposantes, la misère et le défaut de soins hygiéniques. Le tempérament joue aussi un grand rôle ; le germe se greffant sur un terrain déjà prédisposé, l'évolution de la maladie sera d'autant plus rapide et le pronostic d'autant plus grave que la résistance sera moindre.

Quant aux modes de contagion, ils sont très nombreux. Nous les résumerons en disant que « tous les objets qui approchent le nouveau-né et sont mis en contact avec lui peuvent servir d'intermédiaire, d'autant mieux que les parents, inconscients du danger qu'ils courent, ne prennent pour l'éviter aucune précaution. Les doigts qui pansent l'enfant, les linges et éponges employés à sa toilette, les vêtements qui le couvrent et jusqu'aux caresses qu'on lui prodigue, tout devient agent de transmission. (1) »

Quel que soit d'ailleurs son mode de transmission, pour que la pénétration d'une gouttelette de pus dans l'œil d'un adulte y provoque des désordres aussi considérables, il faut nécessairement que ce pus renferme un principe virulent qui explique la malignité de cette affection. Il faut, en somme, une cause déterminante, et cette cause nous la trouvons dans la présence, dans les liquides sécrétés, d'éléments microbiens, de micro-organismes si bien décrits en 1879 par Neisser. L'existence de ce gonococcus, qui a reçu à juste titre la dénomination de gonococcus de Neisser, a été confirmée depuis par les nombreuses expériences de Zweifel, Krœner, Welander, Widmark, Léopold et Wessel, Kraüse, Andrews, Bockart, Bokaï et Wolf, Hubscher, Bumm, etc., etc.

La description de ce microbe a été faite assez souvent, les traités de bactériologie en disent assez long sur ce sujet pour que nous nous y attardions longtemps ; nous nous contenterons de donner un léger aperçu sur cette question et, nous

(1) Rivière, *Annales de gynécologie*, juillet 1887, p. 19.

appuyant en cela sur l'autorité des auteurs précédemment cités, nous dirons que cet agent infectieux se présente généralement sous la forme de corpuscules arrondis, animés, à l'état frais, de mouvements rotatoires ou oscillatoires. Le plus souvent ils sont groupés en amas, constitués par un plus ou moins grand nombre d'individus isolés, s'associant 2 à 2, 4 à 4, mais ne formant jamais de chaînettes. Un de leurs caractères distinctifs, c'est la facilité avec laquelle ils se laissent colorer par les sels d'aniline ; parmi ces sels, l'un d'eux, la fuschine, jouissant, il est vrai, d'un pouvoir colorant moindre, a la propriété de ne pas altérer la forme du microbe.

L'existence du gonococcus étant admise, quelle place va-t-il occuper, quels rapports affectera-t-il avec la muqueuse? Les opinions émises sont des plus nombreuses. Pour Neisser, les gonococcus se rassemblent le plus souvent à la surface des globules de pus, rarement à la surface des cellules épithéliales, et parfois dans l'intérieur des globules purulents. Pour Leistikoff et Hallier, ils se développeraient dans les cellules de pus et les feraient éclater. Pour Bockart et Wolf, leur siège le plus habituel serait à la surface des globules de pus, entre leurs noyaux, mais jamais dans l'intérieur, ni sur les cellules épithéliales (1). M. Hubscher partage les mêmes idées que Neisser, et il est suivi dans cette voie par M. Bumm, pour lequel « le gonococcus de Neisser présente une tendance marquée à former des amas arrondis, qui occupent l'intérieur des globules de pus, mais sans jamais envahir le noyau. »

(1) M. Aubert (*Lyon Médical,* 12 février 1888) dans un article intitulé : « Des rapports des gonococcus avec les éléments constitutifs », ne considère comme caractéristique que le siège intra-cellulaire des coccus dans le protoplasma des globules de pus entre les noyaux ; il est rare, ajoute-t-il, de trouver les gonococcus sur les cellules épithéliales.

Que conclure de ces opinions si diverses ? Persuadés de l'analogie, de l'identité même qui existe au point de vue pathogénique entre l'ophtalmie des nouveau-nés et l'ophtalmie blennorrhagique ou plutôt la blennorrhagie, nous partageons entièrement la manière de voir de MM. Cornil et Babes (1) et nous dirons avec eux que « les gonococcus siègent à la fois, dans les liquides où ils sont libres et à la surface, aussi bien que dans le protoplasma des globules de pus et dans les cellules épithéliales de la muqueuse desquamée. »

La matière purulente pénètre de l'œil d'un nouveau-né atteint d'ophtalmie, dans celui d'un adulte ; l'agent infectieux, sous la forme d'un microbe, doit, ce nous semble, s'attaquer tout d'abord à la muqueuse ou, pour mieux dire, à la couche épithéliale qui la revêt extérieurement. Doué, comme nous l'avons vu, de mouvements giratoires ou oscillatoires, ce microbe ne tarde pas à se frayer un passage à travers l'enveloppe cellulaire dans laquelle il s'enfonce graduellement, pour pénétrer jusque dans l'intérieur de la cellule dont il fait son habitat. La présence de ce corps étranger dans la cellule épithéliale provoque une réaction inflammatoire qui se traduit par de la rougeur, du gonflement, de l'hypersécrétion et la présence de globules blancs ; en même temps, la cellule désorganisée, nécrosée tombe, venant fournir un aliment de plus à la suppuration qui commence : et dans sa chute elle entraîne le microbe, qui se trouve dès lors en rapport avec les globules du pus, les leucocytes, les liquides sécrétés. Cette explication est confirmée par les expériences de M. Bumm. Cet auteur a procédé à l'examen minutieux de vingt-six lambeaux de muqueuses provenant de nouveau-nés atteints de conjonctivite blennorrhagique et a constaté « qu'au bout de quelques heures le microbe pénètre déjà dans l'épithélium de la conjonctive jusqu'aux

(1) *Les bactéries,* page 414.

papilles : le deuxième jour, toute la surface de la muqueuse est envahie par les gonococcus ; en même temps il se produit une émigration considérable de globules blancs. Au bout de 4 ou 5 jours, une nouvelle couche épithéliale commence à se former et la pénétration du gonococcus dans les tissus s'arrête. Parfois la nouvelle couche d'épithélium est envahie à son tour par les microbes et disparaît. » (*Semaine médicale*, 25 mai 1887).

Mais de ce qu'on a trouvé ce gonococcus dans les ophtalmies des nouveau-nés, pouvons-nous conclure qu'il soit la vraie, la seule cause de l'affection ? De nombreuses expériences nous démontrent la spécificité de ce microbe dans l'ophtalmie purulente, et nous ne saurions mieux faire que de produire à l'appui de notre assertion les preuves que nous trouvons fort bien décrites dans l'excellente monographie publiée par M. le docteur Rivière, chef de clinique d'accouchement à la faculté de médecine de Bordeaux, dans les *Annales de Gynécologie*. Les unes, appelées négatives par l'auteur, ne manquent pas d'une certaine valeur ; car il en résulte que « des lochies sanguinolentes, séro-sanguinolentes ou séro-purulentes, des mucosités purulentes de femmes enceintes, ont pu impunément être introduites dans le cul-de-sac conjonctival de nouveau-nés, d'adultes, sans déterminer d'ophtalmie purulente » lorsque le gonococcus de Neisser n'existait pas dans le liquide d'inoculation.

Si les preuves négatives sont concluantes, ne le sont certainement pas moins celles citées par le même auteur sous le nom de preuves positives : MM. Léopold et Wessel, après avoir examiné les produits de sécrétion vaginale de 18 femmes nouvellement accouchées, ne trouvèrent des gonococcus que chez l'une d'entre elles. Aucun des enfants ne fut soumis au traitement prophylactique, et seul l'enfant de la femme à gonococcus présenta l'ophtalmie purulente. Cette même femme infecta trois

semaines après un enfant auquel elle avait donné le sein sans permission (1). Du reste les exemples abondent, et il suffirait de jeter un coup d'œil sur les statistiques fournies dans les diverses maternités, pour voir qu'ils sont des plus nombreux.

Mais, puisque nous admettons qu'il existe une analogie, au point de vue pathogénique, entre l'ophtalmie des nouveau-nés et par suite cette ophtalmie transplantée chez l'adulte d'une part, et d'autre part l'ophtalmie blennorrhagique ou plutôt la blennorrhagie, il faudrait qu'une certaine quantité de pus provenant d'un œil atteint d'ophtalmie purulente et inoculé dans le canal de l'urètre y déterminât une blennorrhagie. Ces expériences audacieuses ont été faites maintes fois, et nous pouvons citer, à ce propos, l'exemple relaté par un médecin anglais, M. Weecks, dans le *Medical-Record* (1886). Il s'agit d'un adulte auquel Landau inocula dans l'urètre (qui était sain) une petite quantité de pus blennorrhagique d'un enfant atteint d'ophtalmoblennorrhée. Quelques jours après, on constatait que le patient était porteur d'une magnifique gonorrhée. Les sécrétions provenant de l'enfant et de l'homme contenaient des gonococcus.

En présence des nombreuses expériences que nous venons de citer, il n'est guère plus permis de mettre en doute la spécificité de l'ophtalmie des nouveau-nés chez l'adulte. Mais ce germe infectieux, ce gonococcus de Neisser existe-t-il toujours dans les ophtalmies d'origine blennorrhagique ? Malgré l'insuccès de nos expériences (2) et malgré le cas que cite Gayet (Communication à la Société de médecine de Lyon. *Lyon mé-*

(1) *Annales de Gynécologie,* juillet 1887, page 1.

(2) Nous aurions voulu dans ce travail apporter notre contingent d'expériences personnelles; nous avons tenté de faire des cultures pures pour servir à des inoculations. Soit maladresse de notre part, soit que le hasard n'ait pas mis un microbe sous la tige de platine, nous n'avons pas réussi.

dical, 14 mars 1886, p. 350) d'un œil d'adulte énucléé en pleine suppuration, où il n'a pas rencontré de gonococcus, nous ne craindrons pas de répondre affirmativement ; et de ce que parfois nous ne trouverons pas le microbe pathogène, il faudra bien se garder de conclure qu'il n'existe pas ; car il en est du gonococcus comme du bacille de la turberculose, qu'on ne rencontre pas toujours dans les produits de l'excrétion pulmonaire, bien que le poumon en contienne une infinité.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

L'ophtalmie purulente, quelle que soit d'ailleurs la cause qui lui ait donné naissance, présente en général les mêmes symptômes.

Au début, le malade se plaint de démangeaisons dans l'œil ; il accuse une sensation de chaleur, de graviers ; la température de l'œil malade s'est accrue ; en même temps se manifestent des phénomènes douloureux dans la zone de la cinquième paire, phénomènes douloureux qui cessent dès que la sécrétion purulente apparaît. C'est alors que les complications du côté de la cornée s'annoncent par des douleurs péri-orbitaires très vives ; elles se calment à leur tour dès que les couches superficielles sont détruites. Dès lors, le malade ne peut perdre sa cornée par fonte purulente sans éprouver de violentes souffrances.

Tels sont les symptômes fonctionnels ; telles sont les douleurs qu'endure le malade, mais ces douleurs sont légères, étant donné les symptômes objectifs que nous allons passer en revue.

L'inflammation arrive quelques heures après la contamination ; l'injection se localise vers la caroncule lacrymale, sur le pli semi lunaire ; la conjonctive se tuméfie et sécrète du muco-pus. La sécrétion devient bientôt franchement purulente, elle est très abondante ; le gonflement est énorme ; le pus s'accumule sous les paupières, et quand on veut les écarter, il se produit parfois un jet purulent, danger contre lequel le

chirurgien devra se prémunir. Parfois le pus se concrète à la surface de la conjonctive, sous forme de pseudo-membrane. Sur la conjonctive palpébrale, l'intensité du gonflement peut parfois produire un ectropion ; sur la conjonctive bulbaire, ce gonflement en forme de bourrelet porte le nom de chémosis. Le chémosis, d'abord partiel, finit par entourer plus ou moins complètement la cornée, dont il entrave la nutrition. Tous les éléments de la muqueuse participent à ce soulèvement ; les papilles s'hypertrophient, deviennent turgescentes.

A la suite du chémosis, arrivent à titre de complications les altérations de la cornée. Elles sont tellement fréquentes qu'elles font, pour ainsi dire, partie intégrante des symptômes propres de la maladie. Ces altérations de la cornée se produisent sous l'influence du chémosis périkératique, « enchâssant la cornée comme dans un cercle de fer » (Ricord), ou bien par propagation de l'inflammation à la capsule de Ténon et au mince tissu cellulaire sous-capsulaire et sous-conjonctival. L'inflammation diminue la circulation sanguine et lymphatique, comprime les nerfs trophiques de la cornée. De là, nécrose cornéenne, augmentée encore par l'inflammation intra-oculaire ; choroïdite, irido-choroïdite par propagation. L'irritation produite par la compression des nerfs ciliaires a sans doute aussi une influence. Quoi qu'il en soit, il y a tension intra-oculaire et staphylôme antérieur, car la cornée est bien plus dépressible que la sclérotique, bien que ce staphylôme soit dissimulé par le bourrelet chémosique. Alors surviennent les altérations de l'épithélium conjonctival, de la lame de Bowmann, du tissu propre, de la cornée, ulcères, abcès, dépolissements, changement de teinte.

Ces altérations commencent toujours du côté où le bourrelet est le plus considérable.

Si l'altération est générale, la cornée s'infiltre, devient louche, grisâtre, purulente, insensible, ramollie; un staphy-

lôme conique se forme, les tissus sont détruits du centre à la périphérie, la lame de Descemet et l'épithélium postérieur cèdent, l'humeur aqueuse s'écoule; l'iris est projeté en avant et fait hernie. Puis, survient la cicatrisation, et l'œil ne conserve qu'un leucome le plus souvent adhérent; mais parfois les lésions sont plus graves, l'ouverture cornéenne plus considérable; alors la chambre antérieure se vide complétement, le cristallin se luxe en suivant l'iris, la cristalloïde se rompt sous l'influence de la pression du corps vitré et ce dernier s'écoule; l'œil est vidé; les paupières découvertes deviennent concaves; d'où atrophie oculaire complète, décollement de la rétine, perte de la vision. (Observation II).

L'abcès limité peut dominer vers la face postérieure de la cornée, se vider dans la chambre antérieure, et il y a hypopyon.

Sous l'influence du chémosis un épanchement périkératique peut se faire; la cornée jaunit, se nécrose, se bombe, et quand, à l'examen, on soulève les paupières, la cornée privée de l'appui de ces voiles membraneux se détache ou est même projetée en avant par la pression intra-oculaire, comme un couvercle de chaudière d'abord maintenu.

Dans certains cas, la cornée s'infiltre de pus dans une étendue plus ou moins grande; elle s'amincit, se laisse déprimer et se rompt.

Les perforations peuvent se faire en différents endroits: de là, hernies de l'iris et staphylômes multiples; aspect mamelonné, analogue, comme forme, aux impressions digitales et éminences mamillaires des os du crâne, *staphyloma racemosum*.

Mais, si les parties profondes de l'œil sont atteintes, l'iritis et l'irido-choroïdite déterminent des troubles graves non seulement sur l'œil malade, mais sur son congénère, par sympathie; il faudra donc que le chirurgien attentif aux troubles nerveux ciliaires énuclée l'œil malade à la première apparition.

La rupture de la cornée s'accompagne d'une sensation de déchirure et d'un écoulement de liquide chaud sur les joues ; les phénomènes généraux s'amendent. L'iris vient alors adhérer.

Il peut y avoir des récidives, si on ne les prévient par la paracentèse.

La rupture de la cornée, si elle s'est faite à la circonférence, peut, par suite de la rétraction de la lame de Descemet, donner lieu à une fistule cornéenne.

L'iris hernié, rougi, peut être aplati contre la cornée ou pincé entre les lèvres de la perte de substance cornéenne ; il se fait alors une synéchie antérieure qui pourrait s'étendre, si on ne venait s'y opposer par l'atropine.

Cette synéchie déforme, allonge la pupille, comprime les nerfs ciliaires et expose le malade à des phénomènes glaucomateux, comme dans l'observation III, ou donne lieu à un nouveau staphylôme. (Observation I[re]).

A en juger par la description rapide que nous venons de faire des symptômes, on pourrait conclure à l'identité à peu près absolue de l'ophtalmie des nouveau-nés chez le nouveau-né lui-même et de cette même affection transplantée chez l'adulte.

La succession, en effet, en est la même.

Dans les deux cas, à la période primitivement catarrhale du début, succède la période essentiellement purulente, bientôt suivie de désordres plus graves se manifestant par les altérations de la cornée et toutes ses terribles conséquences.

Mais, souvent, chez l'enfant l'affection, enrayée par un traitement rationnel, n'arrive pas à cette dernière période si périlleuse pour la vision. Au contraire chez l'adulte, elle est presque toujours la règle. Dans notre observation I[re], nous voyons les ulcérations de la cornée et les hernies de l'iris survenir rapidement.

D'ailleurs, même avant cette période ultime, des différences

considérables existent dans les symptômes présentés par l'enfant et l'adulte, surtout au point de vue de l'intensité. Au début, chez l'enfant, les douleurs sont peu vives et les petits malades ne crient que lorsqu'on écarte les paupières pour les panser. Chez l'adulte, au contraire, les souffrances sont presque toujours très violentes. Les douleurs occupent d'abord les yeux et leurs annexes. Mais bientôt elles envahissent les régions sus-orbitaires et temporales, parfois même toute une moitié de la tête, et sont si atroces qu'elles peuvent arracher des cris au patient. De plus, le chémosis est souvent très considérable chez le premier, et bien moins marqué chez le nouveau-né.

De quelles causes proviennent ces différences si considérables, surtout au point de vue de la terminaison que présente la même affection due au même élément pathogène, en changeant de terrain ?

Deux hypothèses pourraient être faites : Ou bien l'adulte est un terrain favorable à une prolifération plus considérable et à une action plus énergique des microbes ; ou bien son œil présente des conditions anatomiques spéciales qui le rendent plus propre à réaliser les altérations qui constituent la dernière période de la maladie.

C'est cette dernière théorie qui est généralement admise par les auteurs. Fouilloud-Buyat (*loc. cit.*, p. 11) dit : « Cette affection est moins terrible dans l'enfance que dans l'âge adulte, différence qui tient au peu d'extensibilité de la capsule de Ténon dans le deuxième cas » (1). Pour Galezowski, les altérations cornéennes sont la conséquence « de l'obstacle apporté à la nutrition de la cornée par la compression qu'exercent sur ses nerfs le chémosis qui l'entoure et l'induration inflammatoire du tissu épiscléral. » Ailleurs, le même auteur dit : « ... Il ne faut pas se dissimuler que cette méthode échouera souvent

(1) Fouilloud-Buyat (Th. Paris 1875, p. 11).

chez l'adulte, ce qui tient à la densité plus grande, chez ce dernier, des tissus péricornéens et à la facilité excessive qu'ont les membranes à s'étrangler et à se sphacéler » (1). Nous trouvons dans Kirmisson : « On voit par exemple les lésions cornéennes présenter leur maximum d'intensité dans les points où le chémosis est le plus développé » (2).

C'est à ce même bourrelet œdémateux, comprimant les terminaisons nerveuses, que sont attribuées généralement les douleurs vives éprouvées par les malades.

L'explication donnée par les auteurs est très rationnelle ; la rareté du chémosis chez l'enfant, coïncidant avec une acuité bien moindre des douleurs et une absence complète ou du moins une apparition tardive des altérations de la cornée, est bien propre à la confirmer. D'ailleurs l'opinion récemment émise par M. Renaut lui donnerait, si elle était démontrée, une certitude presque absolue. « M. Renaut pense que l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés est moins grave chez les enfants de 2 ou 3 ans que chez les adultes. C'est que le chémosis, qui fait les dangers de cette ophtalmie, ne peut se développer que très difficilement chez les nouveau-nés, où il n'y a pas de conjonctive, mais seulement quelques cellules épithéliales » (3). Malheureusement, cette théorie demanderait de s'appuyer sur des recherches histologiques précises. Nous savons que M. le professeur Renaut les a entreprises dans son laboratoire, mais le résultat n'en est pas encore connu.

C'est par la compression des nerfs trophiques de la cornée, et sans doute aussi par un obstacle à l'apport de ses matériaux nutritifs, résultant de l'étranglement des vaisseaux périkéra-

(1) Galezowski (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1882).

(2) Kirmisson (*Pathologie externe*, p. 187).

(3) *Province médicale* du 4 février 1888. — *Société de médecine de Lyon*, 1er février 1888.

tiques, que sont dues les altérations profondes constatées chez l'adulte contaminé par un nouveau-né. Ce n'est sans doute pas là le seul mode de production de ces lésions. Il en est un autre qui peut exister aussi chez l'enfant et qui nous rendra compte de l'époque tardive à laquelle elles apparaissent chez les deux ordres de malades. La cornée, en effet, peut s'injecter directement, au niveau d'un point de sa surface privé d'épithélium. Des abcès et des perforations peuvent en être la conséquence. C'est à ce processus banal que sont peut-être dus les cas qui ont fait soutenir à M. Horant (1) une opinion contraire à celle de M. Renaut : « Je tiens, dit-il, à réagir contre l'opinion de M. Renaut. L'ophtalmie blennorrhagique est très grave chez les nouveau-nés et j'ai eu de très rapides perforations de la cornée, fait qui ne s'est jamais produit dans mes services chez les enfants de 8 à 10 ans, ou chez les adultes. » Toutefois les faits cliniques semblent, dans certains cas, contraires à l'opinion du professeur de Lyon. Notre maître, M. Truc, a remarqué plusieurs fois, chez de jeunes enfants atteints d'ophtalmie purulente, un chémosis considérable.

Nous ferons observer d'ailleurs que si ces différences anatomiques rendent compte des divergences cliniques constatées chez l'enfant et chez l'adulte, d'autres causes interviennent pour donner aux divers cas une physionomie et une gravité spéciales. Si le germe, en effet, crée de toutes pièces la maladie, le terrain sur lequel elle évolue a une influence incontestable. Un sujet affaibli par des maladies générales antérieures, ou porteur d'une lésion oculaire préexistante ayant mis l'organe de la vision dans des conditions anatomiques défectueuses, présentera à l'élément pathogène une résistance moindre

(1) Horant (*Province méd.* du 4 février 1888. Société de méd. de Lyon 1er février 1888.)

et réalisera plus facilement les lésions si graves de la troisième période.

D'ailleurs, si, comme le fait remarquer Parizot (1), « il est rationnel d'admettre que pour l'œil il peut exister, comme pour l'urètre, des différences notables dans le degré d'action du virus blennorrhagique; si certains faits cliniques confirment l'idée qu'il existe des formes atténuées de l'ophtalmie blennorrhagique et établissent que ces formes se présentent chez les malades dont l'écoulement est déjà ancien », pourquoi n'existerait-il pas des formes atténuées de l'ophtalmie des nouveau-nés transmise à l'adulte, pourquoi ces cas ne seraient-ils pas ceux où la contamination est due à un virus déjà ancien? Cela nous expliquerait les faits où la maladie qui nous occupe affecte des allures bénignes.

Ne se pourrait-il pas aussi que les germes de l'ophtalmie *neonatorum* introduits dans l'œil d'un adulte, pénètrent directement dans les parties profondes, atteignent l'iris et la choroïde et provoquent de cette façon une irido-choroïdite suppurée dont la malignité expliquerait la marche plus ou moins rapide, mais fatale, de certains cas.

En résumé, l'ophtalmie des nouveau-nés propagée à l'adulte affecte généralement dans ses symptômes une intensité plus grande. La douleur est plus vive, les phénomènes inflammatoires plus accusés, les lésions cornéennes arrivent plus rapidement peut-être par le fait d'un chémosis presque toujours considérable. La marche est habituellement aussi précipitée; mais nous reviendrons sur ce dernier point en traitant le pronostic.

(1) Des formes atténuées de l'opht. blennor. (*Lyon médical*, 1882, p. 333).

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Reconnaître une conjonctivite purulente au début et surtout à la période d'état de la maladie est en général chose facile : cette maladie évolue en effet très rapidement. Il n'est pas rare de voir survenir la suppuration dès les premières heures qui suivent la contamination. Le pus est sécrété en grande abondance sous les deux paupières ; il tombe de la supérieure dans l'inférieure, se collecte en grande quantité, boursoufle la paupière et peut aller même jusqu'à produire un ectropion. Il est très difficile d'écarter les paupières du malade à cause des spasmes énergiques de l'orbiculaire.

Si le chirurgien est appelé à la seconde période de la maladie, qui du reste arrive très rapidement, il fera attention à l'existence et au développement du chémosis.

Mais ce qui lui sera de la plus grande utilité, ce qui, de prime-abord, lui servira à porter un diagnostic presque certain, ce sont les commémoratifs. Le malade dira si le jour même ou la veille il n'a pas été en contact avec un nouveau-né atteint d'ophtalmie ; s'il ne s'est pas inoculé directement ou indirectement, par les linges qui ont servi à l'enfant, par ses propres doigts, une certaine quantité de matière purulente.

Enfin le chirurgien arrivera à plus de précision encore en éliminant par différenciation les affections de même ordre :

1° Conjonctivite catarrhale : la confusion n'est possible qu'au début ; encore faut-il que le catarrhe soit intense. D'ail-

leurs l'injection de la conjonctive vers le pli semi-lunaire, l'angle interne de l'œil, en un mot les parties les plus exposées à la contagion, le gonflement exagéré des paupières, feront songer à la conjonctivite purulente.

2° L'ophtalmie blennorrhagique est considérée par nous comme étant de même nature. Les commémoratifs seront ici de la plus haute importance, l'existence d'une blennorrhagie aiguë ou chronique, la localisation fréquente sur l'œil droit, chez le gaucher sur l'œil gauche, seront des signes différentiels importants. — Mais il est un caractère distinctif essentiel et que nous ne saurions oublier ; tandis que l'affection reste le plus souvent limitée à un œil sans menaces d'invasion de l'œil sain dans l'ophtalmie des nouveau-nés chez l'adulte, dans l'ophtalmie blennorrhagique au contraire les deux yeux sont infectés simultanément : quoique le nombre de nos observations soit restreint, nous n'en sommes pas moins autorisé à dire qu'elles confirment ce que nous avançons ; sur sept cas d'ophtalmie des nouveau-nés chez l'adulte, il n'en est pas un où il y ait propagation de la maladie à l'œil sain ; nous pouvons même ajouter que l'une de nos malades (observation II) a été atteinte par deux fois d'ophtalmie à pronostic funeste, puisque la perte de la vision est complète, mais à cinq années d'intervalle. — C'est là une simple constatation, que nous laissons à d'autres le soin d'expliquer.

A la période d'état, la confusion n'est possible qu'avec 3° une conjonctivite granuleuse suppurée. La purulence est-elle apparue sur un œil primitivement malade? Y a-t-il pannus constant de la cornée? Y a-t-il des granulations gris-jaunâtre sur la conjonctive palpébrale supérieure? En l'absence de ces signes, on élimine les granulations.

4° Elle pourrait encore être différenciée d'avec la conjonctivite diphtéritique, rare en France, rare chez l'adulte, offrant sou-

vent à l'examen des cicatrices conjonctivales caractéristiques et des déformations du tarse.

Reste enfin le phlegmon de l'œil, qui ressemble à la conjonctivite purulente par l'injection, l'œdème des paupières, les douleurs vives, mais s'en distingue par la nature de sa sécrétion purulente.

6° « La blennorrhagie peut donner naissance à une autre variété d'ophtalmie qui, comme l'arthrite blennorrhagique, doit être rapportée au rhumatisme. Mais il est à noter que ses caractères sont plutôt ceux de la simple ophtalmie catarrhale que ceux de la conjonctivite purulente. Elle porte d'ailleurs beaucoup plus sur la cornée et l'iris que sur la conjonctive. » (Kirmisson, *Pathologie externe*, p. 188). Nous terminerons le diagnostic en disant que plus il aura été rapide, plus vite interviendra le traitement et plus favorable sera le pronostic.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

La marche de l'ophtalmie des nouveau-nés propagée à l'adulte est variable. Parfois, elle est presque foudroyante. L'observation II (œil droit) et l'observation VII en sont des preuves. Dans l'une et l'autre, en effet, la maladie a une durée de 3 à 4 jours seulement.

D'autres fois, la marche est bien plus lente. Dans l'observation II encore, nous voyons la lésion de l'œil gauche mettre deux mois à évoluer complétement. La durée est longue aussi dans le cas de l'observation IV. Elle est de douze jours dans celui de l'observation VI. La maladie chez la femme de l'observation première parcourut rapidement ses deux premières périodes, puis affecta une allure très lente.

La terminaison n'est pas moins variable que la marche. Elle reste toutefois assez indépendante de celle-ci. Dans les cas de marche très rapide, foudroyante (observation II, œil droit, observation VII) la fonte complète de l'œil est presque la règle. Pourtant, il existe des faits d'ophtalmie à allure rapide avec une terminaison moins funeste. Les observations III et V nous le démontrent. Dans la première, le chémosis est promptement très marqué, la cornée s'ulcère et se perfore bientôt, l'iris adhère à la plaie, mais là s'arrêtent les désordres. Ceux-ci sont encore moins profonds dans la deuxième et se résument à une simple ulcération cornéenne. Celle-ci était cependant la conséquence de phénomènes inflammatoires rapidement arrivés à un assez haut degré d'intensité.

L'issue de l'affection, quand celle-ci est plus lente dans sa marche, est loin d'être toujours heureuse. La fonte complète de l'œil gauche fut le résultat de deux mois de maladie chez le sujet de l'observation II. Mais, chez celui de l'observation IV, la conséquence de l'affection fut un simple leucome. D'autres fois, la terminaison peut se faire par une sorte de passage à l'état chronique de l'inflammation. C'est le cas de la malade dont l'histoire est rapportée dans l'observation première. Ici, l'œil est conservé, les phénomènes de suppuration ont cessé ; mais la conjonctive reste œdématiée et livre passage à la membrane irienne qui est constamment irritée par des causes multiples. Dans certains cas pourtant, et l'observation VI en est une preuve, l'issue peut être tout à fait heureuse, et l'œil ne conserve aucune trace de la maladie.

De tout ce qui précède, il résulte que le pronostic est loin d'être le même dans tous les cas. Un chémosis très marqué se produisant dès le début, une suppuration promptement abondante, devront faire porter un pronostic très grave, car ces phénomènes sont l'indice d'une marche très rapide de l'affection. Or, nous savons que l'issue de ces cas est souvent fatale pour l'œil. Parfois même la vie pourrait être compromise. Nous voyons, en effet, dans l'observation VII, que les symptômes inflammatoires étaient tels qu'on songea à une panophtalmie et qu'on pratiqua la paracentèse de la cornée pour évacuer le pus. Or, si la mort par méningite est rare dans les phlegmons de l'œil, elle en a été quelquefois la conséquence.

Une large perforation de la cornée, se produisant de bonne heure, vers le deuxième ou le troisième jour, fera établir un pronostic à peu près désespéré. Ces lésions sont en effet suivies généralement de la fonte de l'œil. Mais une perforation étroite et surtout linéaire est compatible avec la gué-

rison et un bon fonctionnement relatif de l'organe. C'est le cas du malade de l'observation III.

Si l'on observe les patients avant la période des lésions cornéennes, le pronostic, pour si grave qu'il soit, n'est jamais absolument fatal. L'affection peut en effet être enrayée par une thérapeutique rationnelle et instituée de bonne heure. Nous sommes à ce point de vue moins pessimiste que M. Galezowski.

« Les ophtalmies des nouveau-nés, dit-il, sont guérissables. Si on s'y prend à temps, c'est-à-dire avant que la cornée s'altère et si on cautérise deux fois par jour les paupières, on guérira tous les cas sans exception. *Malheureusement cette même méthode perd de sa force, dès qu'il s'agit de la même ophtalmie transmise à un enfant de 2 à 3 ans ou à un adulte, et échoue le plus souvent.* (1) »

Nos observations V et VI démontrent que des cas à allure rapide, bien traités dès le début, peuvent guérir complètement en peu de jours.

Le pronostic, lorsque l'affection est lente dans sa marche, doit être réservé. Ici, en effet, interviennent, pour le fixer, d'abord les conditions du terrain sur lequel évolue la maladie, puis le degré de vitalité et de virulence du germe infectieux. On comprend qu'une même affection risquera d'avoir des conséquences plus désastreuses pour un œil déjà lésé ou un sujet affaibli, que pour un organe indemne ou un sujet robuste. Et nous avons dit plus haut qu'il existe probablement des formes atténuées de l'ophtalmie des nouveau-nés, comme de l'ophtalmie blennorrhagique. D'ailleurs, en étudiant la terminaison, nous avons vu dans un cas la perte définitive de l'œil succéder à une maladie de deux mois (observation II) et dans un autre un simple leucome être la conséquence d'une ophtalmie à marche lente.

(1) Galezowski, *Gazette des hôpitaux*, 29 avril 1882.

Nous venons d'indiquer les bases sur lesquelles on établira le pronostic relatif à la perte ou à la conservation de l'œil.

Mais souvent, même quand l'organe échappe à la destruction, la vision subit une atteinte plus ou moins grave. L'observation VI est la seule qui nous montre une guérison absolue. Dans tous les autres cas, la maladie a laissé des traces qui compromettent la vision, et même parfois l'œil lui-même. Le sujet de l'observation V conserve une ulcération de la cornée, ceux des observations III et IV des leucomes. Ces lésions devaient certainement gêner jusqu'à un certain point le fonctionnement de l'œil. Mais de plus, chez le dernier, nous voyons le leucome adhérent, causé par la perforation de la cornée, provoquer plus tard des phénomènes glaucomateux. Ceux-ci, il est vrai, disparaissent par le fait d'une iridectomie ; mais cette intervention opératoire est elle-même un nouveau danger pour l'œil. Chez la malade de l'observation I^re^, l'œil sauvé d'une destruction complète garde à peine une faible vision quantitative. De plus cet œil est le siège d'une irritation vive, occupant l'iris et le corps ciliaire et provoquant par réflexe des phénomènes sympathiques du côté sain. Ici donc, le pronostic est encore plus grave, puisque l'affection pourrait tardivement amener la perte complète de la vision des deux côtés. Heureusement, une intervention chirurgicale a pu faire disparaître les phénomènes et permettre même une prothèse parfaite.

Pour achever ces considérations, nous ferons remarquer, en nous appuyant sur ce que nous avons dit, que le pronostic de l'affection qui nous occupe est plus grave que celui de l'ophtalmie des nouveau-nés proprement dite. Cette dernière a une marche moins rapide, et une terminaison presque toujours heureuse. Elle offre aussi plus de prise au traitement. Au contraire, la maladie que nous décrivons est moins grave que l'ophtalmie blennorrhagique, surtout parce qu'elle est souvent monoculaire, tandis que celle-ci atteint presque toujours les deux yeux.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'affection qui nous occupe est suffisamment grave, ses conséquences en sont assez désastreuses pour que nous ne songions pas à réduire le plus possible, par des moyens prophylactiques et préventifs, les chances d'infection.

Au moment du pansement, on devra entr'ouvrir l'œil malade avec la plus grande douceur ; le spasme de l'orbiculaire est parfois tel, qu'un jet purulent projeté au dehors vient atteindre l'opérateur. Tel est le cas de l'infirmière de la Maternité (Obs. II) et aussi de M. Desages (Obs. VI). Le pansement terminé, le médecin et ses aides procèderont à un lavage rigoureusement antiseptique : il est du devoir du médecin de prévenir les parents des graves conséquences qu'entraînerait pour eux l'attouchement de leurs yeux avec leurs doigts ou des objets souillés. Ces objets seront soigneusement désinfectés ou détruits. Il sera bon de substituer aux éponges de petits tampons de coton hydrophile, qu'on sacrifiera après s'en être servi une fois.

L'ophtalmie s'étant déclarée chez un adulte, un traitement aussi prompt qu'énergique sera institué. Ce traitement sera d'autant plus efficace et rendra le pronostic d'autant moins grave que l'intervention aura été plus rapide, que la lésion sera elle-même moins avancée.

Les considérations étiologiques et pathogéniques auxquelles nous nous sommes livré au début de notre travail nous ont

montré que le mal est dû à l'introduction dans l'œil d'un agent infectieux, d'un micro-organisme, en tout identique au gonococcus de Neisser qu'on retrouve dans la blennorrhagie. Ce microbe, mis en contact avec la muqueuse oculaire, provoque une inflammation plus ou moins vive, s'accompagnant elle-même d'un cortège de symptômes plus ou moins intenses, plus ou moins douloureux, suivant le degré de l'affection.

Notre intervention devra donc avoir pour but d'aller à la recherche de cet agent infectieux, qui cause de si grands désordres, de le détruire, et si nous y parvenons, du même coup nous enrayons la marche inflammatoire de l'affection. Pour cela, à quels agents thérapeutiques aurons-nous recours ? Ils sont nombreux ; aussi nous contenterons-nous de donner le résultat des expériences d'Oppenhein et de Kreiss, de Miquel et de Jalan, expériences auxquelles viennent se joindre les travaux cliniques de Hubscher. Les auteurs s'accordent à dire que dans l'ophtalmie des nouveau-nés, de tous les produits médicamenteux, ceux qui ont le plus d'action sur le microbe pathogène sont les antiseptiques, et parmi ceux-ci la première place revient au sublimé et au nitrate d'argent.

Mais, pour instituer une bonne thérapeutique, il nous paraît nécessaire de faire simultanément usage de ces produits médicamenteux. Hubscher explique de la façon suivante l'action combinée du sublimé et du nitrate d'argent. Pour lui, le nitrate exerce sur la cellule épithéliale une action caustique, qui a pour effet d'en amener la rétraction ; les gonococcus, chassés ainsi de leur logis, tombent sous l'action du sublimé. Quelque ingénieuse qu'elle puisse paraître, cette théorie ne nous satisfait pas; elle fait jouer au nitrate d'argent un rôle tout à fait secondaire, alors que ses propriétés germicides sont si bien démontrées par les belles expériences de Miquel et de Jalan. Sans nier les propriétés germicides du sublimé, qui sont d'ailleurs incontestables, il nous est avis que le nitrate

d'argent est l'agent thérapeutique par excellence de l'ophtalmie des nouveau-nés et de cette affection transmise à l'adulte.

Le sublimé agit d'abord mécaniquement, entraînant après lui des matières purulentes ainsi que les larmes qui s'accumulent à la surface de l'œil ; les expériences d'Oppenhein et de Kreiss nous sont une garantie de leur action antiseptique. Mais si nous jetons un regard en arrière, nous voyons que les gonococcus siégent dans les liquides sécrétés, dans les globules du pus ; ici, l'action du sublimé est indéniable. Mais nous avons admis aussi, avec Cornil et Babes, que ces gonococus ont en outre élu domicile dans l'intérieur des cellules épithéliales ; il est peu probable que le sublimé ait dans ce cas une action germicide, car, pour tuer le microbe, il faudrait détruire son lieu d'habitat, la cellule épithéliale, et le sublimé est sans action sur elle. Le nitrate d'argent au contraire agit sur ces cellules en les déformant ; les microbes qui l'habitent sont obligés de quitter leur demeure, et, tombant sous le coup germicide de ce même agent et du sublimé, ne tardent pas à succomber. Telle est la théorie généralement admise. M. le professeur Chalot, tout en reconnaissant l'action caustique du nitrate d'argent, pense qu'il agit autrement. Histologiquement, le nitrate d'argent en contact avec l'albumine des tissus forme des albuminates ; se figeant dans l'interstice des cellules épithéliales, ce réseau fibrineux déterminera un arrêt dans la nutrition de ces éléments cellulaires, qui subissent une déchéance organique, se nécrosent et entraînent dans leur chute les animalcules qui l'habitent. Si l'action du nitrate n'est que passagère, les moyens de nutrition s'établiront à nouveau. Le micro-organisme sortira de sa torpeur, pour continuer ses ravages un moment interrompus. Ne serait-ce pas là une explication à ces retours de blennorrhagie, qu'on prend très souvent pour une infection nouvelle ?

Quant au mode d'emploi de ces agents thérapeutiques,

voici de quelle façon on opère dans la clinique d'ophtalmologie : par un lavage antiseptique on fait s'écouler la matière purulente, ce qui permettra le contact direct de la muqueuse oculaire avec le caustique, et à l'aide d'un pinceau on enduit la conjonctive palpébrale d'une solution de nitrate d'argent au 30°. Cette manœuvre sera répétée 2 fois par jour ; de plus, on instille dans l'œil quelques gouttes de nitrate d'argent à 0,10 centigr. pour 30. L'état de la sécrétion purulente nous guidera sur la durée de ces cautérisations.

Nous n'insisterons pas sur la question de savoir si une altération de la cornée contre-indique l'emploi du nitrate : il nous suffira d'ajouter que l'emploi bien conduit de ce caustique met à l'abri de tout accident.

La température a, elle aussi, une certaine influence sur la marche de l'affection : Kreiss a fait à ce sujet de nombreuses expériences qui ont, au point de vue clinique, une très haute portée. Il a remarqué qu'au dessous de 30° C., les gonococcus ne se développaient pas. De 30° à 35°, ils se développent, mais fort peu ; de 35° à 42°, le développement est rapide ; de 48° à 50° il est impossible. Les compresses chaudes seront préférables si l'œdème palpébral est considérable. Les compresses froides, tout en décongestionnant, ont la propriété d'anesthésier.

Les altérations cornéennes sont une des complications les plus redoutables, et malheureusement les plus fréquentes, de l'affection qui nous occupe ; aussi doit-on faire tous ses efforts pour rendre aux cellules cornéennes toute leur vitalité et arrêter du même coup la marche envahissante du microbe pathogène. Malgré les lavages antiseptiques, les cautérisations au nitrate d'argent, le débridement de l'angle externe des paupières (lorsque celles-ci sont soumises à un gonflement exagéré), les scarifications et l'excision du chémosis (lorsque celui-ci est trop considérable), les lésions de cette membrane surviennent fréquemment ; dès lors le traitement

doit varier suivant le cas. Le traitement antiphlogistique peut être d'une grande utilité, surtout si la personne atteinte est d'une constitution robuste; les ventouses scarifiées, les sangsues à la tempe, le calomel à l'intérieur et les frictions d'onguent napolitain belladoné sur la région périorbitaire seront indiqués. Quant au traitement local, il diffère suivant l'étendue et la gravité des complications. Lorsque les lésions cornéennes prédominent, qu'il y a des abcès kératiques avec hypopyon, que la nutrition se fait mal, on peut activer la circulation au moyen des compresses chaudes et même de l'atropine, si l'on juge la résistance de la cornée suffisante. La résorption du pus sera ainsi hâtée. Mais, lorsque cette membrane amincie menace de se perforer, on doit tenter de prévenir la rupture de la cornée, et pour cela, après avoir instillé quelques gouttes d'ésérine dans le but de diminuer la tension intra-oculaire, on doit appliquer un bandeau compressif pour soutenir la membrane qui a perdu sa résistance. Mais, si l'on craint la déchirure spontanée du tissu cornéen, on ne doit pas hésiter à recourir au traitement chirurgical, malgré les dangers d'une intervention de ce genre lorsque l'œil tout entier est baigné dans le pus. Si l'on veut seulement calmer les douleurs, diminuer la pression intra-oculaire, une simple paracentèse souvent répétée pourra suffire; mais, si la chambre antérieure contient du pus, si les douleurs sont excessivement vives, l'opération de Sœmisch sera indispensable, et s'il y a des phénomènes glaucomateux l'iridectomie sera aussi indiquée.

La perforation produite, qu'elle soit spontanée ou chirurgicale, il faut s'opposer aux adhérences iriennes, et pour cela l'ésérine est un agent très précieux, car elle tend le diaphragme irien et l'attire en arrière ; mais souvent, malgré ce médicament, l'iris s'enclave dans les lèvres de la plaie et il est très difficile de le réduire. Dans le cas où la hernie est

petite, on la touche légèrement au fer rouge, afin de la détruire et d'amener l'accolement de cette membrane à la cornée ; il se forme un leucome adhérent ; l'iris se recouvre d'une couche d'épithélium protecteur et n'est plus exposé à des irritations répétées et dangereuses ; si la tumeur herniaire est de grande dimension, on fait l'excision et on cautérise ensuite au fer rouge et au nitrate d'argent.

Enfin, dans le cas où l'œil est complètement perdu pour la vision, où il devient douloureux et fait craindre des phénomènes sympathiques, on doit de suite proposer l'énucléation, ou l'amputation du segment antérieur de l'œil.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Inédite

A. M... 45 ans, garde-couches, entrée à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Maurice, n° 9, le 26 novembre 1887.

Pas d'antécédents oculaires ni généraux. A soigné un enfant de douze jours atteint d'ophtalmie des nouveau-nés avec écoulement purulent très abondant.

Au bout de quelques jours de soin, notre malade a ressenti dans l'œil gauche des démangeaisons, du larmoiement.: il existait en même temps un peu de catarrhe. Deux jours après, tuméfaction énorme des paupières, suppuration. On pratique des scarifications, qui sont répétées tous les jours, pendant une semaine, et en même temps des cautérisations au nitrate d'argent et des instillations d'atropine. Il existe à ce moment des douleurs vives sus-orbitaires. Ces douleurs se calment quelque temps, mais ont repris depuis une dizaine de jours, lorsque la malade entre à la clinique.

Lors de son entrée à l'hôpital, l'état oculaire est le suivant : l'œil droit est absolument normal. L'œil gauche présente un gonflement modéré des paupières, un léger chémosis de la conjonctive bulbaire, un écoulement peu abondant. La cornée a conservé par points sa transparence. On remarque un point central d'infiltration et quelques autres périphériques. En haut

et en dedans, légère perforation de la cornée et hernie irienne. La chambre antérieure est nulle. L'iris est irrégulier et plissé. Douleurs oculaires et céphaliques très vives. L'ophtalmie purulente est presque guérie ; on se trouve en présence des lésions irido-cornéennes qui en ont résulté. La malade possède à peine la vision quantitative. Lavages antiseptiques et occlusion. Le lendemain, après cocaïnisation, résection et cautérisation ignée de la hernie irienne. Les jours suivants, la tuméfaction palpébrale et les douleurs oculaires persistent. Sangsues, bains de pieds sinapisés, compresses froides ; ces dernières sont continuées pendant plusieurs jours. La hernie de l'iris a diminué, ainsi que la tuméfaction palpébrale et les douleurs.

Mais bientôt la hernie irienne augmente, et les douleurs reparaissent. Nouvelle ablation et cautérisation ignée de la hernie ; disparition momentanée de celle-ci, ainsi que des douleurs. Deux ou trois jours après, la saillie et son cortège de souffrances se montrent à nouveau. Ponction répétée avec une aiguille à cataracte et cautérisations au crayon de nitrate d'argent très pointu. Ce traitement, aidé d'instillations de collyre à l'ésérine, semble agir très efficacement. La hernie disparaît complètement, et avec elle toutes les douleurs oculaires et sus-orbitaires. Pendant ce temps, l'œil droit reste absolument indemne et la malade demande son exeat. L'œil est régulier, la cornée un peu infiltrée, l'iris adhérent, la tension normale. V = 0.

Dix-huit jours après, A. M... rentre à nouveau à l'hôpital. Elle éprouve depuis plusieurs jours de violentes douleurs oculaires et péri-orbitaires. La cornée présente à sa partie supérieure deux saillies staphylomateuses ; la vision est nulle ; l'œil droit, jusque-là sain, devient légèrement douloureux et larmoyant.

M. Truc pratique l'amputation du segment antérieur de l'œil malade.

Un grand bain est administré la veille, et immédiatement avant l'opération (15 février), on fait avec le plus grand soin une asepsie minutieuse et complète de l'œil et du canal nasal.

Autour de la cornée, et à 3 millimètres environ, on détache la conjonctive. Des points de suture au catgut sont placés verticalement pour retenir les bords de la muqueuse conjonctivale. Le couteau de Beer est alors introduit à la partie externe de l'œil, au niveau de l'incision conjonctivale, pour ressortir dans un point diamétralement opposé. Le segment antérieur de l'œil est alors séparé en deux temps, entraînant après lui une légère partie du corps vitré ; le cristallin est saisi à la pince sur la partie antérieure de ce même vitré. Les ligatures sont serrées. Pansement antiseptique à l'iodoforme et compressif.

Le premier pansement est fait le 17, c'est-à-dire le surlendemain du jour de l'opération ; la plaie présente un bon aspect. Il se produit seulement une légère hernie du corps vitré, qui, le 22, s'est complètement rétracté. La cicatrisation marche régulièrement et l'œil droit a cessé d'être larmoyant. Il persiste encore un peu d'hémicranie qui tend à disparaître.

Actuellement, la cicatrisation s'est admirablement faite, et on a quelque peine à reconnaître que la malade porte un œil artificiel. La mobilité du moignon est relativement étendue, et nous devons à l'obligeance de M. Ducamp, interne du service, de pouvoir donner le champ d'excursion de l'œil opéré. Dans le plan horizontal D H on a 65°, dont 35° du côté nasal et 30° du côté temporal.

Dans le plan vertical D V on a 55°, dont 15° en haut et 40° en bas.

La pièce anatomique enlevée, après avoir séjourné 15 jours dans le liquide de Müller, a été examinée par M. le professeur Kiener, qui a bien voulu nous donner un compte-rendu dont nous le remercions vivement et que nous sommes heureux de reproduire *in-extenso*.

RÉSULTAT DE L'EXAMEN DES PRÉPARATIONS

Epithélium de la cornée. — Cet épithélium change d'aspect plusieurs fois dans une même préparation. En général, il est épaissi et en desquamation cornée. Tantôt il forme 7 à 8 couches stratifiées de grosses cellules cornées à noyau, et 2 ou 3 couches de cellules aplaties sans noyau. Sur d'autres points, l'épithélium est beaucoup moins épais et se compose de cellules aplaties sans noyau, à couches multiples, allant jusqu'à la couche des cellules cylindriques, qui est elle-même aplatie et à noyau apparent. Sur d'autres points, enfin, les cellules de la partie centrale, assez volumineuses, et en couche multiple, ont des contours indistincts, un protoplasma finement granuleux et des noyaux peu apparents. Au voisinage de la sclérotique, l'épithélium est redressé et inséré perpendiculairement à la surface de la cornée : les cellules qui le composent sont cornées et peu cohérentes.

La *lame élastique* antérieure de la cornée est irrégulièrement épaissie, très réfringente, sur quelques points au moins 10 fois plus épaisse qu'à l'état normal.

Le *tissu propre de la cornée* présente des altérations aussi variées que l'épithélium; les altérations sont surtout marquées dans les couches superficielles et dans les couches profondes. En général, les couches moyennes sont peu modifiées, sauf qu'elles sont parcourues par des vaisseaux sanguins parallèles à la direction des lames fibreuses.

Dans les couches superficielles on remarque l'hypertrophie des cellules fixes dont les fuseaux sont plus épais qu'à l'état normal et plus rapprochés. Par places il y a des cellules rondes infiltrées dans le tissu, et d'autant plus abondantes qu'on se

rapproche de la surface ; les vaisseaux sanguins sont nombreux. Au voisinage de la sclérotique existe un épaississement considérable des couches superficielles de la cornée avec interposition d'amas cellulaires entre les lames ; ces cellules sont arrondies et à contour peu distinct.

L'altération la plus curieuse se rencontre dans les couches profondes de la cornée, immédiatement en avant de la lame élastique postérieure ; à ce niveau, cette lame élastique est décollée, et dans l'espace compris entre elle et la cornée existe un amas d'une matière grossièrement granuleuse renfermant des blocs réfringents, ovoïdes, semblables à de grandes cellules sans noyaux.

Il s'agit d'un foyer nécrosique dont la substance amorphe provient du morcellement des fibres conjonctives de la cornée et dont les cellules ne sont autres que les cellules fixes de la cornée proliférées et nécrosées. Sur les confins du foyer, on voit en effet, interposées entre la lame fibreuse et la lame élastique, une couche de grosses cellules.

Lame élastique postérieure. — Profondément altérée, d'épaisseur inégale, elle présente sur quelques points des renflements demi-liquides, ayant la réfringence et la netteté de contours propres à la lame élastique. Sur d'autres points la lame élastique est interrompue sur une longueur de 1|4 de millimètre et les deux bouts présentent une cassure nette.

La *chambre antérieure* a presque partout disparu, la lame élastique postérieure étant adhérente à l'iris. Mais dans la partie moyenne des préparations, au niveau de l'interruption pupillaire de l'iris, existe entre l'iris et la cornée une bandelette fibreuse ayant son maximum d'épaisseur précisément en regard de l'ouverture pupillaire ; cette bandelette mesure à ce niveau un quart de millimètre d'épaisseur ; elle est constituée par des vaisseaux fibreux parallèles à la surface de la cornée,

entre lesquels sont interposées quelques cellules fusiformes, des cellules pigmentées de l'iris et des vaisseaux. Sur d'autres points, l'iris est séparé de la lame élastique par quelques amas de cellules pigmentées.

L'*Iris*, de chaque côté de l'ouverture pupillaire, est, sur quelques coupes, plissé deux ou trois fois, et les replis sont adossés l'un à l'autre avec interposition d'une couche pigmentée.

Les altérations de la membrane consistent :

1° En des amas irréguliers de cellules pigmentées, accumulés sur l'une ou l'autre de ses faces, ou en des amas de cellules polygonales granuleuses résultant de la prolifération de ses cellules épithéliales ; ces amas sont également situés soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure ;

2° En une atrophie de la membrane qui sur de larges espaces est réduite à une épaisseur presque filiforme.

Chambre postérieure. — Çà et là sont interposés, comme il a été dit, entre l'iris et la capsule du cristallin, des amas irréguliers de cellules pigmentées ou de cellules épithéliales polygonales ; quelquefois de petits groupes de leucocytes.

Capsule du cristallin. — Ne paraît pas altérée ; mais à sa face postérieure on voit par place des amas de cellules épithéliales polygonales séparant cette lame des débris du cristallin.

Nous terminerons notre observation en donnant les raisons qui ont décidé notre maître, M. Truc, à pratiquer l'amputation du segment antérieur de l'œil, de préférence à l'énucléation. Ces raisons, nous les trouvons fort bien décrites dans une publication récente de M. Ducamp (1), interne de la clinique

(1) Deux cas d'irritations sympathiques traités par l'amputation du segment antérieur de l'œil, par M. Ducamp, interne des hôpitaux (*Montpellier médical*, 1er mars 1888).

ophtalmologique : « Elle (l'amputation du segment antérieur de » l'œil) devait être plus facilement acceptée qu'une opération » qui aurait enlevé la totalité du globe oculaire ; elle devait » supprimer une chance de mort exceptionnelle, il est vrai, » mais possible ; enfin, et surtout au point de vue de la prothèse, » elle devait donner un moignon volumineux, puisque le corps » vitré restait encore, un moignon mobile puisque la réparation des délabrements opératoires devait être peu laborieuse, » peu longue, peu compliquée, et atteindre très peu les muscles.

» Tels sont les avantages de l'amputation du segment antérieur ; ils sont considérables, surtout au point de vue prothétique...

» .... Mais la seule indication de l'amputation du segment » antérieur que nous puissions admettre, c'est la localisation » exclusive de la lésion dans la partie antérieure de l'œil primitivement atteint. »

OBSERVATION II

(Inédite)

Ophtalmie double. Perte complète des deux yeux

J. C..., 68 ans, infirmière à la clinique d'obstétrique et de gynécologie (1). Comme antécédents généraux, fièvre typhoïde à

(1) Nous remercions vivement M. le professeur Dumas, qui a bien voulu nous autoriser à publier cette observation, recueillie dans son service.

l'âge de 22 ans. Comme antécédents oculaires, conjonctivite catarrhale vers la même époque.

En 1873, elle donne ses soins à un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente. Elle contracte l'affection à l'*œil gauche*.

Dans la nuit qui suit l'inoculation, vives douleurs dans cet œil. Les symptômes inflammatoires marchent avec une très grande rapidité. Dès le lendemain, le gonflement des paupières est si considérable qu'il est impossible d'ouvrir l'œil et que le débridement de l'angle externe est nécessaire. On fait des onctions mercurielles sur le pourtour de l'orbite, des cautérisations des conjonctives au nitrate d'argent et on applique des compresses glacées en permanence. Mais les douleurs persistent, envahissant la région frontale et presque toute la tête ; la fonte de l'œil se fait lentement et progressivement. Au bout de deux mois, l'œil est à l'état de moignon.

Actuellement, l'atrophie est très marquée. L'œil est enfoncé dans l'orbite ; les paupières sont en entropion léger, les culs-de-sac conjonctivaux existent à peine. Ce qui reste de la cornée est opaque, déformé, irrégulier et parcouru par quelques vaisseaux conjonctivaux.

Pendant toute la durée de la maladie de l'œil gauche, l'œil droit reste indemne.

En mai 1878, l'*œil droit* est inoculé à son tour par projection d'un jet de matière purulente provenant d'un nouveau-né atteint d'ophtalmie. Gonflement très rapide, considérable, des conjonctives. Malgré des lavages constants avec de l'eau froide antiseptique, le mal suit une marche très rapide. On observe les symptômes ordinaires de l'ophtalmie des nouveau-nés ; mais ils affectent une intensité beaucoup plus grande et une allure foudroyante. Le troisième jour de la maladie, M. le professeur Dumas, voulant examiner l'œil atteint, reçoit dans sa main le cristallin. L'œil se vidait donc et marcha ensuite très vite vers l'atrophie.

Actuellement, celle-ci est plus marquée que sur l'œil gauche, dont la fonte avait été plus lente. Les paupières sont en entropion ; les culs-de-sac très peu distincts. Le supérieur est même en partie comblé par une bride symblépharique existant entre les conjonctives palpébrale et bulbaire. On ne trouve plus de traces de la cornée. La muqueuse conjonctivale recouvre entièrement la surface atrophiée.

OBSERVATION III

Publiée dans la thèse de M. Fouilloud-Buyat (Paris, 1875)

M^me^ F..., âgée de 37 ans, sage-femme, demeurant à Paris, se rendit, le 16 juin 1874, à la clinique de M. Galezowski, pour le consulter sur une ophtalmie de l'œil droit, qu'elle avait contractée 8 ou 10 jours avant, en soignant un enfant nouveau-né atteint de la même maladie.

A l'examen on constate les altérations suivantes : les paupières sont fortement gonflées, rouges sur leurs bords ; la malade peut à peine ouvrir son œil ; il s'en écoule du pus en abondance. Quand on écarte les paupières, on constate un gonflement considérable de la conjonctive bulbaire tout autour de la cornée ; c'est un chémosis phlegmoneux, ayant une teinte rouge-jaunâtre particulière.

La cornée est partout transparente, excepté à la partie supérieure où elle paraît louche ; ce bord est recouvert en partie par le chémosis.

La malade a eu des douleurs périorbitaires dès le début.

L'excision du chémosis est pratiquée au bord supérieur de la cornée, ce qui ne donne que très peu de sang. On prescrit des injections au nitrate d'argent, à la dose de 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, toutes les deux heures.

Le lendemain, le chémosis a diminué, et on aperçoit dans la partie supérieure de la cornée une légère ulcération semi-lunaire, qui se trouvait cachée sous le bourrelet chémosique.

Le 18, le chémosis a augmenté ; nouvelle excision dans la partie inférieure.

Le 19, le 20, le 21, la malade va mieux ; le chémosis ne s'est plus reproduit, la cornée est transparente, mais l'ulcération de la partie supérieure va en profondeur sans s'étendre en largeur. A ce moment il est facile de prévoir que cette ulcération se terminera par la perforation de la membrane. Cette perforation a eu lieu deux jours plus tard, le 23, et, à partir de ce moment, l'inflammation a diminué dans toute l'étendue de la conjonctive, et on a pratiqué la cautérisation des paupières avec le collyre suivant : nitrate d'argent, 25 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée, dont on neutralisait l'excès par l'eau salée.

Comme la perforation avait une forme linéaire de cinq millimètres longeant le bord supérieur de la cornée, l'iris n'a pas fait hernie, mais n'a pris qu'adhérence dans tout le trajet de l'ulcération.

Le reste du traitement a été simple et a demandé plus de six semaines de cautérisations quotidiennes jusqu'à la guérison complète.

C'est au moment où tout traitement avait cessé et que la malade se considérait guérie, qu'elle a commencé à éprouver des troubles périodiques de la vue. Ils venaient à la même heure, tous les matins, et étaient accompagnés de douleurs

péri-orbitaires très violentes. La pupille est restée dilatée et la cornée terne. On ne pouvait plus douter qu'il s'agissait d'un glaucome aigu ; c'est pourquoi l'iridectomie a dû être pratiquée. On a choisi la partie inférieure de l'œil pour pratiquer l'excision, et non la supérieure, à cause de l'adhérence que l'iris avait contractée dans cette partie avec la cornée.

L'opération a très bien réussi et la vue est revenue complètement. La malade, avec le N° 10 convexe, peut lire les caractères N° 4 de l'échelle typographique.

OBSERVATION IV

Publiée dans la thèse de M. Panziris, présentée le 22 juin 1850.
(Paris)

Le sujet de cette observation est une femme de 36 ans, d'une assez forte constitution.

A l'âge de 27 ans, elle a eu mal aux yeux pendant six mois ; la malade, peu intelligente, ne peut donner aucun détail sur sa maladie. Depuis cette époque sa vue paraît être affaiblie.

Accouchée récemment à la Maternité d'un enfant n'ayant pas présenté de lésions oculaires, elle contracte, en donnant ses soins à son autre enfant âgé de 30 mois, porteur d'une ophtalmie des nouveau-nés, cette terrible affection.

D'abord elle souffrit de l'œil droit, qui devint rouge ; ses paupières se gonflèrent à un tel point que la malade ne pouvait plus se servir de son œil, qui d'ailleurs devint en même temps extrê-

mement sensible à la lumière. Bientôt l'œil gauche se prit à son tour ; la malade éprouvait de vives douleurs, et un mucus puriforme s'écoulait de ses yeux.

Elle se borna à faire des lotions émollientes, et vers le 20 janvier, elle souffrait moins et ses paupières étaient moins gonflées. Mais Pauline s'exposa au froid dans un endroit humide, et ses yeux devinrent bien plus malades qu'ils ne l'étaient.

La malade éprouva des frissons et de la fièvre ; violents maux de tête ; gonflement considérable des paupières : une matière verdâtre s'écoulait incessamment de ses yeux. Le plus jeune de ses enfants, dont elle était accouchée deux mois auparavant, tomba malade à son tour ; ses yeux devinrent rouges et larmoyants ; ses paupières se tuméfièrent.

A son entrée avec son enfant dans le service de M. Blandin, salle Saint-Jean n° 30, le gonflement des paupières était tel et l'écoulement si abondant qu'on ne put se rendre compte de l'étendue des lésions. L'aspect des yeux de ces deux malades et l'ancienneté de la maladie pour la mère, qui souffrait depuis un mois, tout pouvait faire craindre une altération profonde.

Prescriptions. — Cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, collyre au nitrate d'argent (au 30e) et 60 gr. de sulfate de magnésie.

Le 30 janvier, les paupières sont énormément tuméfiées, et chevauchent tellement l'une sur l'autre qu'il est impossible d'apercevoir l'œil en les soulevant. La même matière s'écoule des yeux des malades. Violents maux de tête.

31 et jours suivants, mêmes prescriptions.

Nos deux malades se trouvent un peu mieux ; ils reposent la nuit, et les paupières diminuent de volume.

Le 6 février, il fut facile d'apercevoir les cornées et les conjonctives des yeux de la mère. Quant aux yeux de l'enfant, les efforts furent vains ; aussitôt que le chirurgien essayait de soulever la paupière supérieure, le muscle releveur de celle-ci se

contractait énergiquement, et l'œil venait se cacher sous l'orbite.

Voici ce que l'examen le plus attentif des yeux de la mère fit connaître : paupières moins tuméfiées, ne chevauchent plus l'une sur l'autre; conjonctives oculaires et palpébrales couvertes de bourgeons cellulo-vasculaires; la matière qui s'écoule est moins abondante et moins verte; la cornée droite présente une ulcération en haut, au-dessus du champ de la pupille; à gauche l'iris est contracté et fait hernie au travers de la cornée, assez largement ulcérée à sa partie interne. La malade ne se plaint plus de douleurs de tête aussi violentes; elle ne souffre que quand on la cautérise ou qu'on lui met son collyre.

A partir de cette époque, le mieux va croissant; la photophobie se calme, et la malade, à l'abri de ses rideaux, peut distinguer les objets qu'on lui présente. Bientôt l'enfant ouvrait les yeux et l'altération qu'ils avaient éprouvée était peu grave. Le collyre et la cautérisation furent continués pendant tout le mois de février et les purgatifs fréquemment répétés. Enfin dès les premiers jours de mars nos deux malades étaient dans l'état le plus satisfaisant, et ne présentaient plus aucune inquiétude. La mère et l'enfant sont sortis, le 12 de ce mois, parfaitement guéris.

L'œil gauche de la mère présente un leucome situé à la partie interne et supérieure de la cornée gauche. La vue, de ce côté, est un peu troublée; l'œil droit est tout à fait intact. Les yeux de l'enfant sont parfaitement conservés avec des taies sur la cornée.

OBSERVATION V

Publiée dans la thèse de M. Maurice (16 avril 1869, Paris).

Le 27 janvier 1869, est entré dans le service de M. le Dr Voillemier, à l'Hôtel-Dieu, la nommée Louise M., âgée de 29 ans. Cette femme, il y a treize mois, est accouchée d'une petite fille qui, deux ou trois jours après sa naissance, eut mal aux yeux, mal qu'elle garda un mois et demi, après quoi elle partit en nourrice. La petite fille est rentrée, il y a quinze jours, en parfait état, et n'ayant contaminé ni sa nourrice ni aucune des personnes qui lui ont donné des soins. La mère servait depuis quelque temps dans une maison où se trouvaient deux jeunes enfants ayant, depuis quelque temps, les yeux malades. Le dimanche 17 février, cette femme ressentit, dans son œil droit, et deux jours après dans son œil gauche, des picotements ; ses yeux devinrent rouges, larmoyants ; elle eut de la photophobie. Deux jours après, à la suite de douleurs frontales intenses, la malade consulta un médecin qui lui prescrivit un collyre au sulfate de zinc ; le 27 janvier, elle entre dans le service de M. Voillemier ; nous constatons l'état suivant : à l'œil gauche, la paupière est œdémateuse, la conjonctive villeuse, surtout dans les culs-de-sac. En repliant la paupière supérieure, on voit s'écouler un liquide blanchâtre ; des stries, comme pseudo-membraneuses, apparaissent surtout aux angles externe et interne. Un chémosis charnu entoure la cornée qui est saine.

A l'œil droit, une petite ulcération cupuliforme apparaît sur la partie médiane de la cornée ; la conjonctive est moins villeuse, le chémosis incomplet ; un liquide purulent s'écoule à la

pression ; des stries blanchâtres apparaissent sur la conjonctive.

Le 30 janvier, les douleurs disparaissent. — Injections d'eau fraîche et collyre au nitrate d'argent.

Le 31, le chémosis de l'œil droit a disparu. Depuis le 1er février, des cautérisations journalières au sulfate de zinc sont pratiquées. Le 4 février, les traînées d'aspect pseudo-membraneux se détachent ; la conjonctive perd de sa tuméfaction et semble très améliorée. Le chémosis de l'œil gauche a disparu le même jour ; le 5, la malade accuse bien moins ces sensations de gravier caractéristiques de l'inflammation conjonctivale : la photophobie a diminué considérablement ; enfin, le 8, la malade sort, n'ayant conservé de son affection qu'une petite ulcération de la cornée.

OBSERVATION VI

Recueillie dans Chassaignac

(Traité pratique de la suppuration et du drainage, t. II, p. 79).

M. Desages, âgé de 26 ans, constitution débilitée par plusieurs maladies antérieures, notamment par les fièvres gastrique, quarte et typhoïde. Pas d'antécédents oculaires ni généraux.

Le 8 juillet 1847, donnant ses soins à un enfant de 3 ans atteint d'ophtalmie purulente, un jet de pus arriva directement dans son œil droit.

Le 9, ressentant un peu de gêne, il constata à la commissure interne une petite quantité de mucus, ainsi qu'une légère arborisation vasculaire qui s'étendait depuis la caroncule

lacrymale jusqu'à la moitié de la distance qui la sépare de la cornée. La muqueuse palpébrale était un peu injectée, mais nullement douloureuse. Les autres tissus de l'œil étaient parfaitement sains. L'œil gauche ne présentait rien de particulier.

Le 10, à son réveil, il lui fut impossible d'ouvrir l'œil droit ; une quantité assez considérable de pus sortait de l'angle interne et descendait sur la joue. Les cils étaient remplis d'un muco-pus épais, qui les rendait adhérents entre eux ; les paupières étaient tuméfiées, rouges et sillonnées de plis transversaux très profonds. Un flot de pus coulait sur la figure.

La muqueuse palpébrale était fortement injectée dans toute son étendue ; elle était boursouflée, mais ne formait pas encore de chémosis. De l'angle interne partaient deux arborisations qui contournaient le cercle de la cornée ; à l'angle externe se trouvait la même disposition ; la cornée ne présentait rien d'anormal ; la pupille un peu contractée était semblable à celle de l'œil gauche.

Le pus qui était enlevé à chaque instant reparaissait avec rapidité. Douches d'eau froide ; instillations avec collyre au nitrate d'argent à 0,10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée.

L'œil gauche paraissant un peu injecté reçut une petite douche, mais sans collyre.

Le 11, l'écoulement purulent augmenta. On constata la présence d'un bourrelet chémosique assez volumineux ; pas de symptômes généraux ; application constante de compresses glacées.

Une réaction locale se produit bientôt, la muqueuse oculo-palpébrale prend une teinte violacée, et le malade accuse des douleurs intolérables, s'étendant dans toute la région frontale. Malgré cela, la cornée conserve son intégrité ; légère photophobie.

Dès le 15, diminution dans l'intensité des symptômes.

En résumé, un jeune homme d'une constitution affaiblie reçoit directement de la matière purulente dans l'œil droit ; trente-six heures après survient une ophtalmie purulente caractérisée par une tuméfaction et la rougeur des paupières, l'injection générale de la muqueuse oculaire, le chémosis de la conjonctive palpébrale, l'insomnie, des douleurs plus fréquentes et plus vives la nuit, enfin par un écoulement de pus très abondant qui agglutine les cils. Au milieu de ce foyer d'inflammation la cornée est conservée et ne subit pas la plus légère altération. La marche de l'affection est modifiée et le sixième jour la guérison commence.

Pour tout traitement, on a recours à des douches d'eau fraîche, à des compresses glacées, à de fréquentes instillations d'un collyre astringent à 0,10 pour 30 et le malade est complétement rétabli 12 jours plus tard, sans trace de lésion.

OBSERVATION VII

Publiée dans la thèse de M. Jullien, présentée le 7 juin 1872 (Montpellier).

Depuis plusieurs années, Caroline Agédor, infirmière à la section des enfants sevrés, était atteinte d'ophtalmie chronique. Son tempérament profondément scrofuleux était caractérisé par la pâleur des muqueuses, la bouffisure de la face, l'engorgement ganglionnaire. La fin de l'année 1867 fut marquée par une épidémie d'ophtalmie purulente. L'infirmière Agédor, âgée de 29 ans, était chargée de donner des soins aux nombreux enfants qui en étaient atteints.

27 novembre. — En pratiquant des injections entre les paupières des malades, quelques gouttes de liquide rejaillirent et l'atteignirent à l'œil droit. Elle n'accorda aucune importance à cet accident et continua son service.

La nuit, elle dormit comme d'habitude ; mais le lendemain matin, elle eut des frissons, de la céphalalgie, auxquels succédèrent la fièvre avec chaleur à la peau. Elle éprouva d'abord une cuisson insupportable, ensuite des douleurs très intenses à l'œil droit. La rougeur de la conjonctive augmenta ; les paupières, pour me servir de l'expression de la malade, devinrent raides.

Le soir de la même journée, il lui fut impossible d'ouvrir l'œil ; le gonflement de la paupière était devenu énorme ; un écoulement purulent apparaissait. L'œil non contaminé fut recouvert d'un morceau de taffetas d'Angleterre enduit extérieurement d'une couche de collodion élastique. Le traitement par un collyre au nitrate d'argent au vingtième fut commencé, et des injections froides furent faites dix ou douze fois dans la nuit au moyen de la seringue d'Anel.

29. — Les paupières, toujours œdémateuses, ne permettaient pas de voir le globe oculaire ; la sécrétion morbide, devenue considérable, coulait constamment sur la joue irritée par ce contact.

30 novembre. — Les douleurs intolérables se propageaient dans toute la tête. La malade disait voir des flammes brillantes. Il fut encore impossible d'examiner l'œil. Un collyre au sulfate d'atropine à 5 centigrammes sur 30 grammes d'eau distillée fut ordonné, ainsi qu'un pédiluve sinapisé et l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes. — Enfin, avec la plus grande difficulté on parvient, le 1er décembre, à voir le globe oculaire.

La conjonctive bulbaire était soulevée par un chémosis en-

tourant la cornée devenue entièrement opaque. L'œil paraissait plus gros que celui du côté opposé et faisait une saillie plus prononcée hors de l'orbite. Les douleurs, toujours très aiguës, devinrent pulsatives. Le pouls, qui avait diminué de fréquence, s'éleva de nouveau de 90 à 105 pulsations. La langue était saburrale, l'appétit nul, l'agitation extrême. — Collyre au sulfate d'atropine ; lavement purgatif avec 30 gr. de sulfate de soude ; compresses d'eau tiède sur l'œil malade. Potion avec cinq centigrammes extrait thébaïque pour la nuit ; bouillons.

La douleur ne s'amenda pas ; pendant la nuit il survint du délire. Tous ces symptômes firent diagnostiquer un phlegmon de l'œil.

2 décembre. — La paracentèse de la cornée fut pratiquée. Cette opération donna issue à du pus très épais, d'une couleur jaunâtre, contenant des grumeaux. Des cataplasmes de mie de pain furent appliqués sur l'œil ; des injections d'eau tiède furent souvent répétées. Les douleurs ainsi que la fièvre cessèrent bientôt après la ponction.

4. — L'œil s'est complétement vidé ; le cristallin, attaqué et en partie détruit par la suppuration, sort du globe oculaire.

La sécrétion palpébrale, de nature purulente, alla en décroissant de jour en jour et disparut définitivement le 10 décembre. Pendant cette période, le traitement consista dans l'emploi d'un collyre faible au nitrate d'argent ; 5 centigrammes sur 30 grammes d'eau distillée, et de quelques instillations de sulfate d'atropine. Peu de temps après, l'œil, complétement rétracté, formait un petit moignon.

Pendant toute la durée de la maladie l'œil protégé, comme il a été dit plus haut, ne fut pas atteint.

Caroline Agédor porte aujourd'hui un œil artificiel.

FIN

CONCLUSIONS

L'ophtalmie des nouveau-nés chez l'adulte est caractérisée par une intensité plus grande des symptômes et une mortification plus rapidement envahissante des tissus.

La marche est généralement plus rapide et le pronostic plus grave.

Contrairement à l'ophtalmie blennorrhagique, elle reste ordinairement monoculaire.

Le traitement sera prompt et énergique. Une antiseptie rigoureuse, des cautérisations fréquemment répétées au nitrate d'argent, des scarifications, tels sont les moyens ordinaires fournis par la thérapeutique : si on redoute des phénomènes sympathiques, on n'hésitera pas à pratiquer l'énucléation ou l'amputation du segment antérieur de l'œil.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 19 mars 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 16 mars 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hubscher. — De l'influence du traitement sur la marche du gonococcus. (Archives d'ophtalmologie, 1885, p. 306.)

Parizot. — Des formes atténuées de l'ophtalmie blennorrhagique (Lyon médical, 1882, p. 333).

Weecks (J.-E). — Extrait du The medical Record, 24 juillet 1886.

Zweifel. — Archives für gynœkologie, band xxii, heft i.

Krœner. — — — band xxv, heft i.

Leopold et Wessel. — — band xxiv, heft i.

Rivière. — Etude clinique sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (Annales de gynécologie, juin et juillet 1887).

Cornil et Babes. — Les bactéries, page 114.

Fouilloud-Buyat.— Ophtalmie purulente de l'adulte. (Thèse de Paris, 1875).

Renaut. — Communication à la Soc. des sciences médicales de Lyon, 1er février 1888. — Province médic. du 4 février 1888.

Horant. — *Idem.*

Varlomont. — Art. *ophtalmie*, Dict. encycl. des sc. médicales.

Chassaignac. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, t. ii, p. 79.

Labusquière. — Arch. de Tocologie, 1884.

Bumm. — Centralblatt für bacteriol. und Parasit. 1er semestre 1887. page 19.

Krause. — Centralblatt für Augenh. 1882.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION. — Historique et plan v

CHAPITRE Ier — Considérations étiologiques et pathogéniques 9

CHAPITRE II — Symptomatologie 16

CHAPITRE III — Diagnostic 24

CHAPITRE IV — Pronostic 27

CHAPITRE V — Traitement 31

CHAPITRE VI — Observations 37

CONCLUSIONS 56

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 57

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !